

# ***LES TROUBLES DU SOMMEIL A L'ENFANCE ET A L'ADOLESCENCE : UNE REVUE THEORIQUE***

Ludovica CORPACI

## ***RESUME***

*Ce texte présente les connaissances actuelles en matière de troubles du sommeil tels qu'ils se manifestent au cours de l'enfance et de l'adolescence. Afin de mieux comprendre ce phénomène, nous nous intéressons en premier lieu au sommeil, à son développement et aux fonctions neurobiologiques et psychologiques dont il est le dépositaire. Les nombreuses études qui se sont consacrées aux troubles du sommeil de l'enfance et de l'adolescence durant les vingt dernières années sont ensuite passées en revue. L'accent est mis sur la nosographie et la sémiologie des troubles du sommeil à l'enfance et à l'adolescence. Les théories sur l'étiologie des troubles du sommeil sont également présentées.*

## ***TABLE DES MATIERES***

LE SOMMEIL .....	3
Structure du sommeil .....	
<b>Error! Bookmark not defined.</b>	
Développement du sommeil .....	4
LES TROUBLES DU SOMMEIL A L'ENFANCE.....	6
Nosographie .....	6
Sémiologie .....	7
Continuité des troubles du sommeil durant l'enfance .....	8
LES TROUBLES DU SOMMEIL A L'ADOLESCENCE .....	10
Nosographie .....	10
Sémiologie .....	11
Troubles associés aux troubles du sommeil à l'adolescence.....	11
CONSIDERATIONS ETIOLOGIQUES SUR LES TROUBLES DU SOMMEIL.....	12
Le modèle organique .....	12
Le modèle anthropologique .....	12
Le modèle psychologique et interactionnel .....	13
Le modèle transactionnel .....	15
Le modèle du stress des événements existentiels .....	16
5. BIBLIOGRAPHIE.....	17

## LE SOMMEIL

Depuis les années 20, le sommeil est l'objet d'études menées dans les centres spécialisés. Ces études ont mis en évidence que le sommeil était une nécessité de notre organisme. En effet, il est un état très complexe, durant lequel notre système nerveux et nos fonctions biologiques ne sont pas arrêtés, mais simplement modifiés afin d'accomplir des tâches indispensables à notre survie. Les expériences de privation de sommeil réalisées sur l'animal ont montré qu'un animal que l'on empêche de dormir tombe malade et meurt rapidement. En ce qui concerne l'être humain adulte, la privation de sommeil conduit l'individu à développer des troubles du comportement liés au simple fait de ne plus dormir. Au bout du dixième jour sans sommeil, l'homme semble être poussé par une régulation interne invincible et arrive à s'endormir même s'il tente de rester éveillé.

Deux grandes fonctions du sommeil expliquent la nécessité de dormir ainsi que l'intérêt porté aux troubles du sommeil de l'enfance. Le sommeil a en premier lieu, une *fonction physiologique*, "restorative" et "protectrice" du système nerveux. Il joue un rôle prépondérant dans la croissance, ce qui explique la grande nécessité du sommeil chez les nourrissons et les enfants. De nombreuses études ont démontré que le sommeil joue un rôle primordial dans le développement physique et intellectuel de l'enfant. Le sommeil a également une *fonction psychologique et interpersonnelle*. C'est notamment autour du sommeil que se tissent les liens précoces entre l'enfant et ses partenaires. Selon les théories étiologiques, la coutume des hommes primitifs de dormir en groupe, pour mieux se protéger des prédateurs durant la nuit, a renforcé les liens et la confiance au sein du groupe (Dement, 1972). Pour le nouveau-né, dormir est un apaisement mais dormir signifie également se rendre indépendant puisque le sommeil donne à l'enfant l'occasion de se différencier de sa mère et d'autrui. A travers le sommeil et l'endormissement, les rythmes physiologiques de l'enfant s'accordent aux rythmes relationnels tout en ancrant l'enfant dans un sentiment de continuité de vivre dans un corps et dans un psychisme (Davis, 1981).

### *La structure du sommeil*

La structure du sommeil n'est pas la même chez l'adulte et chez le nouveau-né, mais le sommeil de l'adulte n'est pas fondamentalement différent de celui du nouveau-né puisqu'il est l'aboutissement des modifications qui se construisent de la période fœtale à la fin de l'adolescence. Notre sommeil, tout comme notre vie et notre organisme est structuré par des rythmes. Le *rythme circadien* de veille-sommeil est une alternance d'environ 25 heures de la plupart de nos fonctions. Dans des conditions normales, ce rythme est synchronisé par le rythme jour-nuit et par le rythme de nos actions, alternance d'activités et de repos. Les *rythmes ultradiens* sont des périodes plus courtes, allant de quelques minutes à quelques heures qui régulent nos jours et nos nuits en influençant la plupart de nos fonctions biologiques, comme l'activité cardiaque, respiratoire et endocrinologique. Ils influencent également nos activités, aussi bien physiques que mentales.

Les états de vigilance font partie des rythmes ultradiens. Il existe une corrélation entre les différents états de vigilance et les modifications de l'activité électrique cérébrale. L'éveil représente près des deux tiers du temps de la vie d'un adulte et il caractérise tous les états conscients. Il oscille entre des temps d'éveil actif et des temps d'éveil passif. L'*éveil actif* est caractérisé par une vivacité des réflexes, un temps de réaction très court, des gestes rapides, une envie de communiquer et une facilité à apprendre. Durant cette période, les ondes électriques cérébrales sont peu amples, rapides et il est difficile de s'endormir. L'*éveil passif* succède périodiquement à ces états actifs et se caractérise par un temps de réaction plus long, des gestes plus lents, le retrait par rapport à

l'entourage et l'envie de détente. Les ondes électriques cérébrales sont plus amples et plus lentes. A l'endormissement, elles ralentissent et augmentent progressivement en amplitude.

Le sommeil lent, aussi connu comme état N.R.E.M.S. (de l'anglais, *Non Rapid Eyes Movements Sleep*, sommeil sans mouvements oculaires), est structuré par des ondes en fuseaux et des ondes lentes. Il est accompagné d'une tonicité des muscles périphériques (les mouvements corporels se limitent aux changements de position) et d'une activité cardiaque et respiratoire régulière. Il représente environ 80% du sommeil total et peut être décomposé en quatre stades ou patterns d'activité E.E.G. Le *stade I* se distingue par des ondes lentes et de basse amplitude et par une activité accélérée, proche de l'état d'éveil et du sommeil paradoxal. C'est le stade de l'endormissement et de la somnolence. Le *stade II* est le stade prépondérant en quantité (50% du sommeil total). Il se manifeste par la présence d'ondes en fuseaux, par une activité électrique de plus en plus lente et par un sommeil léger. Les *stades III et IV* se regroupent sous la nomination de "sommeil delta" à cause de la présence d'ondes du même nom. L'activité cérébrale y est lente et ample. Ils correspondent à 25% du sommeil total et à un sommeil très profond: la réactivité aux stimulations extérieures est très faible, le corps est immobile mais le tonus musculaire est conservé. Le sommeil lent est "un vrai mécanicien de notre corps. Il le répare, le protège et surtout l'aide à grandir" (Gravillon, 1999, p.13). Il a une fonction restauratrice et joue un rôle très important dans la croissance puisque c'est durant cette phase qu'est sécrétée l'hormone de croissance. Cette substance permet le développement corporel, tonifie les muscles et renforce le squelette. Elle aide à la fabrication des protéines et favorise la réparation des tissus. De plus, le sommeil lent contribue à améliorer les capacités de défense de notre système immunitaire.

Le sommeil paradoxal, aussi connu comme état R.E.M.S. (de l'anglais, *Rapid Eyes Movements Sleep*, sommeil accompagné de mouvements oculaires), se caractérise par une activité mentale intense qui correspond sur le plan psychologique aux rêves. Alors que le tonus musculaire est aboli, le pouls est rapide, les activités cardiaques et respiratoires sont accélérées et les mouvements oculaires sont rapides. Pendant cette phase, le cerveau est donc actif même si coupé du monde extérieur. Il est comme une "sentinelle" puisqu'il est sensible aux stimulations internes et externes qui sont émotionnellement et biologiquement significatives pour le sujet (Anders, 1997; Challamel et Thirion, 1993). Le sommeil paradoxal joue un rôle dans l'apprentissage et dans la mémorisation des informations. Il a été démontré que lorsqu'on prive un homme ou un animal de sommeil paradoxal, il est perturbé dans l'apprentissage, en particulier celui de tâches nouvelles et complexes. Une augmentation significative du sommeil paradoxal suivant immédiatement un apprentissage a été mise en évidence, surtout chez l'enfant (Challamel et Thirion, 1993). Il existerait également un lien entre quotient intellectuel et quantité de sommeil paradoxal: aux tests d'intelligence les plus élevés correspondrait une plus grande quantité de sommeil paradoxal (Grubar, 1985, cité dans Gravillon, 1999).

### ***Le développement du sommeil***

La manière de dormir, la durée totale nécessaire de sommeil et la durée de chaque cycle sont spécifiques à chaque âge. Au cours de son développement, l'enfant va progressivement apprendre à construire et à protéger son sommeil. A chaque âge correspond une nouvelle étape dans le développement du sommeil qui rythme les relations de l'enfant à soi-même, aux parents et au milieu culturel.

Le nouveau-né dort au rythme de son corps et de son horloge interne. Son sommeil est réglé par le rythme ultradien, déterminé par les besoins biologiques. Le sommeil doit progressivement s'accommoder au rythme jour-nuit (rythme circadien), ce qui est possible grâce à l'effet de

rassemblement et de coordination dont bénéficient tous les niveaux d'organisation psychomotrice. Vers la fin du premier mois, le bébé va commencer à entrevoir la différence entre le jour et la nuit. Les nombreuses heures de sommeil dont il a encore besoin vont commencer à s'espacer et à s'organiser différemment. Pour que le sommeil se régularise, le bébé doit apprendre à faire la transition entre l'éveil et le sommeil et à dormir pendant des périodes de plus en plus longues. Il doit devenir moins dépendant de ses horaires alimentaires en construisant ses propres réserves énergétiques. Si tout s'est bien passé, entre 4 et 6 mois, le bébé doit être capable de dormir une nuit complète sans avoir besoin d'être nourri. Même si ses nuits peuvent être agitées et entrecoupées d'éveil, il peut se rendormir spontanément sans avoir besoin de l'intervention des parents. Cette régulation est considérée comme une étape du développement précoce qui doit être acquise pour que l'enfant ait de bonnes habitudes de sommeil. Dormir toute une nuit montre que le bébé a acquis une maturité cérébrale de sommeil (Ferber, 1985).

L'organisation des états de vigilance est différente chez l'adulte et chez le nouveau-né. Cette organisation commence en effet dans la vie utérine et continue jusqu'à l'adolescence (Anders, 1982). Chez l'adulte, une nuit de sommeil est organisée en 5 cycles de 90 à 120 minutes qui s'échelonnent en périodes de sommeil lent de plus en plus profond jusqu'à une période de sommeil paradoxal, suivi d'un éveil bref. Chez le nourrisson les états de vigilance s'organisent en plus de cycles que chez l'adulte et ils sont organisés différemment. Contrairement à l'adulte ou à l'enfant plus âgé qui commencent par une phase de sommeil lent, après l'endormissement le nouveau-né passe d'emblée au sommeil agité (agitation du visage, des yeux, pleurs) qui est suivi par une phase de sommeil calme (respiration lente, yeux immobiles, visage inexpressif).

La durée du sommeil totale chez l'adulte est de 8 heures. Pour une période de 8 heures de sommeil, la durée du sommeil paradoxal total est de 90 à 120 minutes. Pendant une période de sommeil qui dure 2 à 3 heures, le nouveau-né alterne deux à trois phases de sommeil agité et deux à trois phases de sommeil calme. Chez le nouveau-né 50% du sommeil total se fait en sommeil agité (Challamel et Thirion, 1993).

Comme toutes les fonctions biologiques, le sommeil est constamment soumis à la réalité de la vie et aux changements alternatifs réguliers dus aux modifications de l'environnement de l'enfant et à son développement physique et intellectuel. Pour ce, les perturbations occasionnelles du sommeil sont à l'ordre du jour durant l'enfance. A partir de 9 mois par exemple les réveils nocturnes deviennent plus fréquents, notamment à cause des terreurs nocturnes qui apparaissent également à cet âge. A 2 ans le sommeil est souvent gêné par les grandes acquisitions (la marche, la propreté, le langage) puisque le cerveau emmagasine énormément d'informations. Tous les passages difficiles que l'enfant doit affronter et qui sont en lien avec la découverte de lui-même et de ses sentiments vont influencer la qualité de son sommeil. Dès l'entrée à l'école, les rythmes scolaires changent le mode de vie de l'enfant qui sera souvent angoissé ou excité par les événements du lendemain, ce qui peut perturber son sommeil (Challamel et Thirion, 1993).

Le sommeil des enfants en âge scolaire est régulier et profond. Ils restent 8 à 9 heures et demi dans le lit et dorment en moyenne 95% de ce temps. Ils prennent en moyenne entre 20 et 25 minutes pour s'endormir et se réveillent en moyenne 1 à 3 fois par nuit. Ils possèdent également un bon état d'éveil (Coble et al. 1987 ; Corkadon et al., 1987). En revanche, l'adolescence n'est pas une période idéale pour le sommeil. Les divers changements neurophysiologiques, psychologiques et contextuels contribuent en effet à un dérèglement du sommeil. Le sommeil lent subit un allègement dès le début de la puberté : la durée des stades III et IV se réduit, ce qui n'implique pas une réduction du temps de sommeil, mais une facilité accrue à l'éveil. Une hypersomnolence physiologique diurne s'installe également.

Le rôle joué par les parents dans la régulation du sommeil du bébé doit être également souligné. En effet, si le rythme circadien de la veille et du sommeil est d'abord le résultat d'une maturation physiologique, une synchronisation graduelle entre mère et enfant est nécessaire pour qu'il y ait un accord entre les rythmes endogènes de l'enfant et les rythmes externes (Davis, 1981). Ceci est possible en présence de cohérence, de permanence, de régularité et de stabilité dans les soins. Le sommeil est en effet très sensible aux changements contextuels. Le bébé vit en "résonance émotionnelle" avec les adultes qui l'entourent, c'est pourquoi "le serein autour de lui induit sa propre tranquillité, les angoisses qui l'entourent l'affolent" (Challamel et Thirion, 1993, p. 78). La présence de limites dans les relations et dans le mode de vie est également nécessaire à l'établissement de bonnes habitudes de sommeil. C'est au moment du coucher que l'enfant a le plus besoin d'être sécurisé par un temps de dialogue et de relation avec l'adulte. Il se représente en effet ce moment comme une des voies de passage entre la vie éveillée (la relation à autrui) et le sommeil (période de solitude). Les rituels ou cérémoniaux du coucher (se faire bercer, serrer son "dodo", écouter une histoire, garder une lumière allumée, lire un livre) apaisent l'enfant et l'aident à abandonner les activités de la journée. Ils lui permettent d'une part de se sentir sécurisé quant à la permanence de son environnement pendant les heures où il en est éloigné et d'autre part de retarder l'anxiété de séparation et faciliter la transition entre le monde diurne et le monde nocturne (Paret, 1983). Les rituels du coucher sont présents dans toutes les cultures, ils peuvent s'instaurer à tout âge et évoluent en fonction de l'âge de l'enfant (Stork, 1993).

## ***LES TROUBLES DU SOMMEIL A L'ENFANCE***

Les troubles du sommeil sont très fréquents à l'enfance et ils représentent l'un des principaux motifs de consultation de parents d'enfants auprès de pédiatres et de pédopsychiatres. Selon une étude épidémiologique menée dans une population consultant les infirmières de la Croix Rouge (SASCOM) à Genève, la moitié des enfants de 3 à 30 mois d'une population tout venant présente des difficultés d'endormissement et un enfant sur trois se réveille régulièrement deux fois par nuit. En comparaison, les troubles d'une population clinique du même âge suivie en psychothérapie mère-bébé à la Clinique de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent de Genève, sont plus fréquents et durent plus longtemps (Robert-Tissot et al., 1991).

### ***Nosographie***

Dans la pratique clinique et dans la recherche, lorsque l'on doit évaluer les troubles du sommeil de l'enfant en bas âge, on se réfère à la Classification Diagnostique "Zero-to-Three" (National Center for Infants, Toddlers and Families, 1998) et aux critères de Richmann (1981).

Selon la première, le diagnostic de "Troubles du comportement de sommeil" chez l'enfant de moins de quatre ans devrait être envisagé lorsqu'une perturbation du sommeil est le seul problème qui se pose chez l'enfant, sans que soit mis en évidence un trouble sensoriel ou un autre trouble pour lequel la classification fournit un diagnostic spécifique. Les troubles du sommeil selon cette classification se caractérisent principalement par la présence chez l'enfant de difficultés de l'endormissement et de la durée du sommeil ainsi que de dysfonctionnements associés aux stades du sommeil et par la difficulté à mettre en place des horaires fixes de sommeil et d'éveil. Ce diagnostic met donc l'accent sur les aspects fonctionnels du sommeil (maturation et régulation), ce qui peut poser des difficultés sur le plan pratique, puisque les troubles du sommeil de l'enfance se présentent en lien avec un d'autres troubles, le plus souvent d'origine relationnelle.

Selon les critères de Richmann les troubles du sommeil sont présents quand, pendant au moins trois mois et pendant cinq nuits ou plus par semaine, l'enfant : se réveille au moins trois fois par nuit ; reste éveillé plus de 20 minutes pendant la nuit ; doit être pris dans le lit des parents ; refuse de s'endormir au moment du coucher ou a besoin de la présence d'un parent pour s'endormir. Richmann et ses collaborateurs (1985) ont également établi un système de codage qui permet d'identifier la sévérité du trouble : il s'agit d'un *Sleep Diary* dans lequel les parents notent les horaires de sommeil de l'enfant. Les scores résultant de ces annotations donnent lieu à un *Composite Sleep Score* qui reflète la gravité du trouble du sommeil.

La reconnaissance d'un trouble du sommeil à l'enfance dépend en grande mesure des plaintes des parents et de l'impact du trouble sur la vie familiale. Lors des consultations, les renseignements que les parents fournissent sur le sommeil de l'enfant sont marqués par leur tolérance vis-à-vis des perturbations que cela entraîne dans leur vie et dans leur sommeil.

Des études ont permis de mettre en évidence certaines distorsions véhiculées par les renseignements parentaux. Il y aurait deux formes d'erreur qui seraient susceptibles d'intervenir lors de l'estimation des patterns de sommeil chez l'enfant. D'une part, les parents peuvent baser leur jugement sur l'heure à laquelle leur enfant se réveille sans tenir compte de l'heure exacte à laquelle il s'endort. Lorsqu'un enfant dort de 7 heures du soir à 2 heures du matin, les parents peuvent croire qu'il présente des réveils nocturnes alors qu'il dort de manière ininterrompue durant 7 heures exactement comme un enfant qui se couche à 10 heures du soir et dort jusqu'à 5 heures du matin. Cet enfant, contrairement au premier sera considéré par ses parents comme un bon dormeur. D'autre part, beaucoup de parents ne remarquent pas ou/et ne sont pas dérangés par les réveils de leurs enfants (Minde et al., 1993, Anders, 1992).

Les erreurs de jugements seraient attribuées d'avantage aux parents d'enfants qui n'ont pas de trouble du sommeil, qui ont tendance à sous-estimer le nombre de réveils par nuit, alors que les parents des enfants présentant des troubles du sommeil, ont une représentation très proche de la réalité (Richmann, 1985). L'étude des différences individuelles entre les informations apportées par les pères et par les mères montre que les pères apportent des informations qui sont plus en accord avec les données de l'observation (Keener, Zenah & Anders, 1988).

## *Sémiologie*

Les troubles du sommeil durant l'enfance sont étroitement liés au développement de l'enfant. Ils se manifestent différemment selon l'âge et peuvent avoir des significations et des risques psychopathologiques de gravité différente.

### **LES TROUBLES DU COUCHER ET DE L'ENDORMISSEMENT**

Le coucher et l'endormissement sont des voies de passage entre la vie éveillée et la vie onirique, entre la relation avec autrui et la relation à la vie intérieure. Diverses circonstances psychiques peuvent perturber ce passage, les plus courantes sont la difficulté à désinvestir le monde extérieur, les craintes face à sa propre vie onirique, l'angoisse de séparation et la non acceptation de la passivité que comportent le sommeil et l'endormissement. Certains enfants, particulièrement actifs, peuvent présenter des oppositions au coucher qui sont surtout courantes vers 2-3 ans, période où l'enfant est très actif et volontaire. Parmi les troubles du coucher et de l'endormissement, nous pouvons distinguer les rituels du coucher, la phobie du sommeil et l'insomnie d'endormissement.

Les rituels du coucher sont des comportements mis en place pour aider l'enfant à s'endormir et se répétant tous les soirs. S'ils persistent au delà de 6 ans, ils peuvent avoir une signification pathologique et exprimer un besoin de l'enfant de s'assurer de la permanence du monde qu'il doit

désinvestir.

La phobie du sommeil consiste en des symptômes phobiques au moment du coucher qui ont été mis en lien avec une série de terreurs nocturnes et cauchemars qui déclenchent chez l'enfant une crainte aiguë d'aller se coucher.

L'insomnie d'endormissement peut être liée aux oppositions au coucher et nécessiter un réaménagement parental des conditions d'endormissement. Elle peut aussi être liée à la phobie du sommeil et être alors en lien avec une composante anxieuse.

## **LES PARASOMNIES**

Les parasomnies les plus courantes sont les réveils nocturnes, les cauchemars, les terreurs nocturnes et le somnambulisme. Les réveils nocturnes, cauchemars et terreurs nocturnes, également sous le nom d'angoisses nocturnes, sont très fréquentes durant l'enfance (1/3 des enfants en manifeste au moins une fois par nuit) et font leur apparition entre 2 et 6 ans, période durant laquelle elles sont également plus fréquentes. Elles entraînent des perturbations chez l'enfant ainsi qu'au sein de son entourage. Elles semblent continuer au-delà de la puberté (Anders & Eiben, 1997), alors que les autres parasomnies (somnambulisme, somniloquie, bruxisme etc.) ont plutôt tendance à disparaître au moment de la puberté.

Le réveils nocturnes peuvent se produire habituellement avant et après chaque phase de sommeil paradoxal mais ils semblent renforcés chez l'enfant anxieux chez qui ils sont souvent précédés de cauchemars ou de terreurs nocturnes. Selon Houzel (1995), sur le plan psychique, le réveil se traduit par une incapacité à maintenir la continuité de la vie psychique sans le recours à l'objet externe (les parents). Les réveils nocturnes sont le symptôme le plus fréquent chez l'enfant surtout avant l'âge de 2 ans et celui qui a le plus d'impact sur la famille (Pollock, 1994, Richmann, 1981). Ils sont souvent présents en comorbidité avec les difficultés d'endormissement. Les cauchemars, ou rêves d'angoisse, sont très fréquents entre 2 et 6 ans. Les études menées à partir de récits de rêves d'enfants montrent une prédominance de rêves à contenu désagréable chez des enfants d'âge préscolaire.

Les terreurs nocturnes peuvent apparaître de manière isolée ou, plus fréquemment, de manière répétée d'une nuit à l'autre pendant une période prolongée ou par bouffées à l'occasion de circonstances déclenchantes. Elles s'associent souvent à d'autres parasomnies (énurésie, somniloquie, somnambulisme) et, comme les cauchemars, elles sont fréquentes entre 2 et 6 ans.

Le somnambulisme est fréquent entre 6 et 12 ans, en particulier chez les garçons. Dans sa forme habituelle, les accès disparaissent, avec ou sans traitement, après la puberté. Les antécédents familiaux sont souvent présents surtout dans les formes à risque, qui se caractérisent par des accès qui dépassent une fréquence de 3 épisodes par semaine et par le caractère dangereux des déambulations nocturnes. Il existe une forme appelée "somnambulisme-terreur" qui s'accompagne de terreurs nocturnes et qui se développe surtout chez des enfants ayant une personnalité de type névrotique, marquée par des angoisses, des phobies et des inhibitions.

### ***La continuité des troubles du sommeil durant l'enfance***

Les études longitudinales nous renseignent sur leur haut degré de continuité des troubles du sommeil au cours de l'enfance, sur l'impact de ces troubles sur le développement futur de l'enfant et sur le lien existant avec des problèmes tant somatiques que psychiques.

A la petite enfance, les troubles du sommeil sont souvent persistants l'âge de 6 mois à 2 ans (Jenkins, 1984, Anders & Keener, 1985). Avec l'âge, la prévalence des troubles du sommeil tend à diminuer mais souvent, ces troubles deviennent chroniques. L'apparition précoce du trouble semble être un facteur de risque pour son évolution défavorable. Les études épidémiologiques montrent

que, quand les troubles du sommeil apparaissent tôt dans le développement, ils ont plus de chances de se chroniciser. La persistance des troubles du sommeil est également présente à l'âge scolaire. Deux tiers des enfants présentant des troubles du sommeil à 3 ans, en présentent également à l'âge de 8 ans et rétrospectivement, 40% des enfants ayant des troubles du sommeil à 8 ans en souffrent au moins depuis l'âge de 3 ans. L'étude de Pollock (1994), met en évidence que la présence de troubles du sommeil à 5 ans est un facteur de risque à 10 ans. Les enfants de sa cohorte qui présentent des troubles du sommeil à 5 ans sont en effet plus aptes à en avoir à 10 ans par rapport à ceux qui n'en avaient pas à 5 ans. Le risque que ces enfants souffrent de troubles du sommeil persistants est donc nettement accru.

Parmi les manifestations symptomatiques, les réveils nocturnes semblent être le symptôme le plus persistant. L'étude longitudinale de S. Jenkins et al. (1984) montre que le pourcentage d'enfants tout venant de sa cohorte qui souffrent de réveils nocturnes est de 44% entre 6 et 12 mois, de 41% entre de 12 et 18 mois et de 54% entre 18 et 24 mois. Le taux de persistance des réveils nocturnes semble cependant baisser avec l'âge puisque 75% des enfants présentant des réveils nocturnes à 2 ans n'en ont plus à 3 ans et 86% des enfants présentant des réveils nocturnes à 3 ans n'en ont plus à 4 ans et demi. De plus, le fait de ne pas avoir présenté de réveils nocturnes jusqu'à l'âge de 18 mois semble être un facteur de protection puisque 95% des enfants concernés continuent à ne pas présenter ce symptôme à 2 ans, alors que deux tiers des enfants qui présentaient des réveils nocturnes à l'âge de 1 an, en présentaient toujours à 18 mois et à 2 ans.

Les études longitudinales montrent que la continuité des troubles du sommeil au cours de l'enfance est souvent associée à un tableau clinique indiquant d'autres troubles (comorbidité) notamment les *troubles somatiques, les troubles du comportement et de l'alimentation*. Les enfants qui ont des troubles du sommeil persistants entre 8, 12 et 36 mois, sont décrits par leurs parents comme étant plus enclins aux troubles du comportement (notamment les colères) et comme ayant un tempérament plus difficile que leurs pairs appartenant au groupe contrôle (Zuckermann et al., 1987, Minde et al., 1991). La persistance des troubles du sommeil durant la petite enfance n'est pas associée aux peurs et à l'anxiété (Zuckermann, 1987). Les troubles du sommeil semblent également représenter un facteur de risque pour le développement d'autres troubles. D'après une étude épidémiologique, en effet, les enfants ayant souffert de réveils nocturnes à 5 ans sont enclins, à l'âge de 10 ans, aux troubles du sommeil, aux *maux de tête et de ventre*, aux *accès de colère*, à avoir un *petit appétit*, de *l'eczéma* et *des problèmes respiratoires*. Dans cette étude, les liens existant entre le développement cognitif et les troubles du sommeil, sont également explorés. La simple condition de la persistance de troubles du sommeil de 5 à 10 ans ne semble pas affecter le développement intellectuel de l'enfant à 10 ans. En effet, les enfants de cette cohorte souffrant de troubles du sommeil persistants n'ont pas plus de difficultés scolaires que les enfants du groupe contrôle.

L'étude de Zuckermann et al. (1987) a permis de mettre en évidence un contexte psychosocial s'associant avec la persistance des troubles du sommeil durant la petite enfance, celui de la *dépression maternelle*. En effet, les mères des enfants qui présentaient des troubles du sommeil à 8 mois et à 36 mois avaient été plus souvent déprimées lorsque leur enfant était âgé de 8 mois que les mères des enfants présentant des troubles du sommeil uniquement au premier temps d'observation (8 mois). Dans cette étude, la dépression maternelle n'apparaît pas comme une conséquence de la persistance des troubles du sommeil de l'enfant puisque la plupart de ces mères, sont déprimées uniquement lors du premier temps d'observation. La persistance des troubles du sommeil durant la petite enfance a également été associée à des modèles d'attachement insécure chez les parents (Benoit et al., 1992).

## ***LES TROUBLES DU SOMMEIL A L'ADOLESCENCE***

A l'adolescence, les plaintes pour troubles du sommeil sont fréquentes. Selon Bearpark et al (1987) 57% des adolescents se plaignent d'un trouble du sommeil, principalement de difficultés d'endormissement. Price et al. (1978), estiment que la moitié des adolescents tout venant de leur étude ne se sentent pas reposés le matin et qu'un adolescent sur quatre présente des réveils nocturnes qui sont accompagnés, dans un tiers des cas, de difficultés d'endormissement. Selon Houzel (1995), ces troubles sont souvent dus au déplacement sur le sommeil d'autres problèmes, la période d'endormissement étant particulièrement propice à l'éclosion d'angoisses.

### ***Nosographie***

Les troubles du sommeil à l'adolescence et à l'âge adulte sont le plus couramment évalués et diagnostiqués au moyen du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV, American Psychiatric Association, 1996). Dans ce manuel sont intégrées les recommandations d'un comité spécial de L'Association Américaine des Troubles du Sommeil qui classe périodiquement les troubles du sommeil dans la Classification Internationale des troubles du sommeil (1990). Les troubles du sommeil sont répertoriés sous l'Axe I, l'axe des troubles cliniques, et ils sont organisés en quatre catégories.

#### **TROUBLES PRIMAIRES DU SOMMEIL**

Ces troubles résultent d'anomalies endogènes ou des mécanismes responsables de la genèse de l'horaire veille-sommeil et ils sont souvent compliqués par des facteurs de conditionnement. Ils se distinguent en dyssomnies et parasomnies.

Les dyssomnies sont des troubles de l'initiation et du maintien du sommeil dont la plus fréquente est l'*insomnie primaire*. Parmi les autres dyssomnies, l'*hypersomnie primaire* est une somnolence excessive diurne, la *narcolepsie* se manifeste par des attaques irrésistibles d'un sommeil réparateur survenant durant la journée, les *troubles liés à la respiration* sont dus à une affection respiratoire en rapport avec le sommeil et les *troubles liés au rythme circadien* sont liés à une absence de synchronisme entre l'horaire veille/sommeil propre à un individu et à l'horaire veille-sommeil approprié à son environnement.

Les parasomnies sont des dysfonctionnements associés avec les stades du sommeil et l'excitation et plus communément connues comme des phénomènes physiques indésirables qui adviennent durant le sommeil. Les *cauchemars* sont des réveils répétés accompagnés de souvenirs précis de rêves effrayants et prolongés. Les *terreurs nocturnes* sont des épisodes de réveil plus brutal et accompagnés d'une peur intense et d'une activation neurovégétative dont le sujet ne garde aucun souvenir de rêve. Dans le *somnambulisme*, le sujet quitte son lit et déambule pendant le sommeil ne réagissant pas aux sollicitations de son entourage. Le *bruxisme* est un mouvement stéréotypé de la mâchoire et un frottement des dents durant le sommeil.

#### **TROUBLES DU SOMMEIL EN RAPPORT AVEC UN AUTRE TROUBLE MENTAL**

Ces troubles comportent en premier plan une plainte de perturbation du sommeil résultant d'un trouble mental diagnosticable (il s'agit souvent d'un trouble de l'humeur ou d'un trouble anxieux). Ce sont les mécanismes responsables du trouble mental qui affectent également la régulation veille-sommeil.

## **TROUBLES DU SOMMEIL INDUITS PAR UNE SUBSTANCE**

Ces troubles comportent en premier plan une perturbation du sommeil résultant de la prise ou de l'arrêt récent d'une substance, y compris des médicaments.

## **TROUBLES DU SOMMEIL DUS A UNE AFFECTION MEDICALE**

La perturbation du sommeil dont se plaint le patient résulte des effets physiologiques directs d'une affection médicale générale sur le système de veille-sommeil.

### ***Sémiologie***

Les parasomnies de l'enfance disparaissent en général à l'adolescence même s'il arrive que certains troubles de l'enfance se poursuivent à l'adolescence, ceci est surtout vrai pour les angoisses nocturnes, disparues depuis l'enfance qui peuvent refaire leur apparition dans le cadre d'une névrose d'angoisse, phobique ou hystérique (Houzel, 1995). Les oppositions au coucher et les phobies du sommeil disparaissent également. Les troubles qui font leur apparition à l'adolescence sont les troubles du rythme circadien et l'hypersomnie, rarissime à l'enfance. Ces troubles semblent d'avantage lié à des causes culturelles et psychiques qu'à un nouveau réglage biologique du sommeil. Les adolescents se couchent tard ce qui provoque des difficultés de réveil au matin. Le manque de sommeil nocturne provoque une dette de sommeil qui induit une somnolence diurne excessive et des difficultés d'endormissement le lendemain. L'élément le plus déséquilibrant semble être lié au conditionnement social. En effet, les couchers tardifs durant la semaine et les soirées prolongées tard dans la nuit le week-end conduisent l'adolescent à dormir tard le lendemain matin et à faire des siestes durant la journée pour combler le déficit en sommeil, ce qui provoque chez eux des difficultés d'endormissement le soir. Le fait de s'endormir trop tard provoque une baisse de la vigilance le surlendemain et une baisse du rendement scolaire. L'adolescent aura tendance à faire usage d'excitants (café, nicotine) pour se maintenir éveillé, ce qui le conduira à de nouvelles difficultés d'endormissement le soir suivant. Les troubles du sommeil à l'adolescence sont souvent associés à la vulnérabilité de l'adolescent aux accidents et à l'abus de substances. A cet âge, le sommeil peut également être un refuge contre les conflits de la maturation sexuelle, ce qui explique l'existence d'hypersomnies psychogènes chez les adolescents, présentes le plus souvent dans un contexte névrotique (Challamel et Thirion, 1993; Anders & Eiben, 1997).

### ***Troubles associés aux troubles du sommeil à l'adolescence***

Les troubles du sommeil à l'adolescence sont associés à des désordres psychiatriques tels que les *désordres affectifs*, les *troubles des conduites* (Dahl & Puig-Antich, 1990). La comorbidité avec les *troubles de l'affectivité* est fréquente à l'adolescence tout comme à l'âge adulte. Dans le DSM-IV, les troubles du sommeil font partie du diagnostic de dépression, dans l'échelle de comportement utilisée par Rutter. Dans son étude sur l'île de Wight, les enfants âgés entre 9 et 12 ans ayant des difficultés de sommeil figurent au sein de la catégorisation "*névrotique*" du comportement. Les troubles du sommeil à l'âge adulte apparaissent également en lien avec des désordres psychiques tels que les *troubles somatiques et émotionnels* (Rutter et Hemming, 1970). Dans l'étude de Ford & Kamerow (1989), parmi les adultes souffrant d'insomnie, 40% présentent des désordres affectifs de type dépressif. Les *troubles bipolaires* sont également associés aux troubles du sommeil à l'adolescence : une réduction du sommeil est observable durant les épisodes maniaques en accompagnement des autres signes de manie. En ce qui concerne les troubles des conduites, les

plaintes pour troubles du sommeil sont fréquentes dans les *troubles de l'attention* avec ou sans hyperactivité. Ces adolescents se plaignent de difficultés d'endormissement, de réveils nocturnes et d'un sommeil non réparateur (Greenhille et al. 1983, cités dans Dahl & Puigh-Antich, 1990). Le sommeil des adolescents souffrant du *Syndrome de la Tourette* est dérangé par l'apparition de tics moteurs et vocaux durant le sommeil ce qui s'associe également à un état d'excitation nocturne particulièrement favorable aux parasomnies (Coble et al., 1984, cité dans Dahl & Puigh-Antich, 1990).

## ***CONSIDERATIONS ETIOLOGIQUES SUR LES TROUBLES DU SOMMEIL***

Les troubles du sommeil se manifestent de manière différente selon l'âge et la personne qui en est affectée. Ils ont des origines et des significations variées et représentent des risques psychopathologiques de gravité différente. Malgré les nombreuses études menées à ce sujet, il n'a pas été possible de déterminer un schéma étiologique spécifique aux troubles du sommeil et de leur donner une signification claire et univoque. Nous constatons au contraire des attitudes fort différentes de la part des cliniciens : certains les considèrent comme des phénomènes transitoires liés au développement, d'autres comme des signes précoces de l'existence d'un désordre psychologique. Ces troubles peuvent en effet aussi bien traduire une difficulté dans la régulation du sommeil, une pathologie de l'enfant ou de son environnement, ainsi que la présence d'interactions dysfonctionnelles entre les parents et l'enfant. Différents modèles étiologiques sont ici illustrés.

### ***Le modèle organique***

La plupart des études cliniques neurophysiologiques confirment l'idée que les anomalies de l'organisation du sommeil et de sa durée indiquent un fonctionnement pathologique du système nerveux central ou de sa maturation. Leurs résultats sont cependant très controversés à cause de la subtilité et de la complexité de la déviation pathologique et des étapes de maturation cérébrale. Pour ces raisons, les problèmes du sommeil à la petite enfance restent sans démonstration neurophysiologique sont encore nombreux. A l'adolescence, au contraire, les explications neurobiologiques sont plus courantes puisque les troubles liés aux stades du sommeil et aux rythmes circadiens sont fréquents à cet âge (Anders, 1992). Les troubles du sommeil sont courants dans les pathologies organiques. Ils ont, par exemple, une prévalence de 65% chez les enfants épileptiques qui présentent également moins de sommeil lent que les enfants tout venant (Scores, 1992). Les troubles du sommeil peuvent également traduire des dysfonctionnements organiques ou sensoriels. Les difficultés de respiration peuvent par exemple avoir des répercussions sur le sommeil comme dans le cas de l'asthme ou des apnées obstructives du sommeil qui sont responsables de réveils nocturnes et d'un sommeil non réparateur (Hanson, 1987). Les difficultés de régulation des excitations peuvent induire des troubles du sommeil chez les enfants prématurés présentant des réactions trop fortes aux bruits, au toucher et à la lumière (Als, 1989).

### ***Le modèle anthropologique***

Les études anthropologiques proposent un modèle étiologique des troubles du sommeil issu de l'éthologie. Ellis (1991) soutient que le bébé est habitué phylogénétiquement à la présence de la mère pendant le sommeil puisque les hommes ont toujours dormi en groupe, la nuit étant un

moment de vulnérabilité accrue. Les troubles du sommeil sont donc considérés comme des artefacts de nos habitudes nocturnes puisque, malgré les comforts de la société moderne, la nuit reste un moment potentiellement dangereux. Dans cette optique, Kellerman (1981) soutient que la peur de la perte et le manque de confiance envers la personne qui garde notre sommeil sont à la base des troubles du sommeil. Le tempérament des personnalités qui ont des troubles du sommeil a été mis en lien par Ellis (1991) avec l'aptitude de certains à veiller pendant la nuit pour alerter le groupe en cas de danger.

### ***Le modèle psychologique et interactionnel***

Beaucoup de chercheurs et de cliniciens considèrent les troubles du sommeil comme le résultat d'une interaction entre des vulnérabilités du comportement chez l'enfant et des caractéristiques des parents.

Les études sur le tempérament montrent que les enfants viennent au monde avec des différences biologiquement déterminées du taux d'activité, du seuil de réponse aux stimuli et d'irritabilité. Beaucoup d'entre elles ont mis en évidence un lien entre les troubles du sommeil et le tempérament de l'enfant. L'organisation des états de veille-sommeil fait en effet appel à diverses dimensions du tempérament dont la rythmicité, la régulation des états, l'excitation, le niveau d'activité, l'irritabilité et l'apaisement (Keener, Zenah et Anders, 1988).

D'après les études sur le comportement diurne des enfants souffrant de troubles du sommeil, la régularisation du sommeil semble être atteinte de manière privilégiée chez les enfants ayant un tempérament décrit comme " difficile " et " arythmique " par les parents (Hertz & Beltrami, 1981 ; Minde, 1993) . Carey (1974) suggère que les enfants qui manifestent des réveils nocturnes sont caractérisés par un tempérament difficile ainsi que par des seuils sensoriels plus bas que les autres. Richmann (1981), remarque peu de malléabilité dans le comportement des enfants ayant des troubles du sommeil ainsi qu'une faible rythmicité. L'angoisse et l'excitation ont été également décrites comme étant des caractéristiques psychiques les plus fréquentes de l'enfant ayant des troubles du sommeil (Kreisler, 1995). L'angoisse se manifeste dans les cauchemars et les réveils nocturnes, l'excitation s'exprime par les difficultés d'endormissement et un sommeil entrecoupé d'éveils. Cet auteur remarque également des particularités dans le comportement diurne de ces enfants: ils ont une humeur labile, des intérêts instables, ils sont accaparés par les activités et angoissés face à la séparation.

Un ensemble d'études, menées au moyen d'enregistrements vidéo dans la chambre de bébés de 3 mois, a mis l'accent sur l'interaction entre les caractéristiques psychiques et comportementales de l'enfant, notamment le tempérament, et les comportements parentaux. Anders et al. (1992) ont mené une étude dans le but d'investiguer d'un point de vue développemental, l'organisation de la régulation des états de veille et de sommeil au cours des 8 premiers mois. Le comportement de l'enfant et les interventions parentales durant la nuit ont été investigués grâce à une méthode très sophistiquée qui consiste à placer des caméras à infrarouges dans les chambres des bébés. Cette étude a permis de mettre en évidence que vers trois mois, une fois le réglage du sommeil acquis, les bébés continuent à se réveiller spontanément au cours de la nuit. Une partie d'entre eux est capable de se rendormir seul (*self-soothers*) alors que les autres signalent leur réveil aux parents (*signalers*). Le tempérament de l'enfant semble ne pas être en lien direct avec la quantité des réveils mais avec la propension de l'enfant à les signaler. Ces deux catégories de dormeurs diffèrent dans la qualité du sommeil mais également dans leur comportement diurne. Les *self-soothers* dorment plus et de manière plus continue et ils sont décrits comme plus faciles par les parents qui encouragent leurs capacités d'auto-régulation. Les *signalers* dorment moins et de manière plus interrompue, ils pleurent pour signaler leur réveil provoquant plus d'interventions parentales et ils sont décrits

comme étant plus difficiles à cadrer. Dans l'étude de Keener, Zenah et Anders (1988), les enfants qui demandent plus d'aide parentale pendant la nuit sont également décrits comme étant plus difficiles et plus arythmiques par les parents. De plus, les *self-soothers* sucent plus souvent leur pouce pour se rendormir. Dans l'étude de Paret (1983), les enfants de 9 mois qui utilisent une *sleep-aid* (par exemple, sucer son pouce) sont ceux qui se réveillent le moins. Pour Winnicott (1957), entre 6 et 9 mois, l'enfant se sécurise et se reconforte avec un objet transitionnel. L'étude de Wolf et Lozoff (1989), montre que les enfants qui peuvent s'endormir seuls ont plus souvent un objet transitionnel que les autres.

D'autre part, ces études montrent que les différences de comportement entre les *self-soothers* et les *signalers* dépendent également des particularités des interactions parents-bébé, il semblerait que le rôle maternel dans la régulation du sommeil de l'enfant ait une place primordiale (Keener, Zenah et Anders, 1988). D'après Anders (1992), la différence de comportement entre les *self-soothers* et les *signalers* est en lien avec les interventions maternelles autour du sommeil et durant la journée. Durant la nuit, les *signalers* reçoivent plus d'interventions des parents et sont plus souvent déplacés de leur berceaux que les *self-soothers*, ce qui perturbe davantage leur sommeil. Plusieurs auteurs s'accordent en effet pour dire que sortir l'enfant de son lit pendant la nuit et le laisser s'endormir ou passer la nuit dans le lit des parents ne sont pas des solutions qui aident l'enfant à trouver un bon rythme de sommeil (Challamel et Thirion, 1993 ; Houzel, 1995). Durant la journée, les mères des bons dormeurs (*self-soothers*) les encouragent dans leurs capacités de réduire leur tension, de se reconforter et de tolérer la distance physique, ce qui les pousse à l'indépendance et à l'exploration de l'environnement. Cette sensibilité maternelle a été reliée à un attachement sécure chez l'enfant (Ainsworth, 1978).

Les recherches portant sur l'environnement relationnel qui est à la base de la pathologie du sommeil chez l'enfant montrent l'incidence élevée d'événements pénibles et douloureux au cours de la grossesse et de l'accouchement, de dépression chez la mère ou de toute autre forme de retrait de son attention pour l'enfant. L'étude épidémiologique de Richman (1982), portant sur des enfants de 1 à 2 ans, met en évidence une association entre les troubles du sommeil et l'histoire d'*adversités périnatales*. En effet, 35% des enfants ayant des troubles du sommeil sont nés par césarienne, ont eu une asphyxie ou ont expérimenté d'autres adversités périnatales. Les données de Minde (1993) confirment ces résultats puisque 53% des enfants de son groupe expérimental ont des histoires de naissance difficiles contre 27% du groupe contrôle. Du point de vue de l'*attachement*, les mères d'une cohorte de 20 enfants présentant des troubles du sommeil ont un modèle d'attachement *marqué par l'insécurité* (Benoit et al., 1992). L'histoire de l'attachement maternel et les relations avec sa propre famille sont considérées comme étant des influences primaires sur sa fonction parentale (Bowlby, 1982). Ceci montre que la représentation que les parents, et particulièrement la mère, ont de leurs figures d'attachement a une incidence sur les troubles du sommeil. La présence de *dépression maternelle* chez les mères d'enfants présentant des troubles du sommeil persistants durant l'enfance a également été relevée (Zuckerman et al., 1987). Dans l'étude de Richmann (1982), les mères du groupe expérimental ont consulté plus souvent un psychiatre (43%) que les mères du groupe contrôle (20%), dans 38% des cas pour des symptômes névrotiques.

Comme nous l'avons vu, le sommeil est un domaine très sensible aux influences relationnelles. Les interactions parents-enfant sont considérées par des nombreux auteurs comme étant le cœur du problème, trois patterns interactifs ont été mis en évidence.

Selon Guedenay et Kreisler (1989), une puériculture erronée peut être responsable de beaucoup d'insomnies comme dans les cas où la relation mère-bébé est bâtie *l'incohérence des stimulations et des rythmes*, ce qui est courant en présence de dépression chez la mère. L'adaptation de l'enfant est spécialement dépendante de l'environnement des soins et de la sensibilité du sujet maternant qui

agissent comme des régulateurs externes sur les rythmes biologiques de l'enfant, sur ses états, ses affects et ses comportements. Il est donc plausible que des soins "erronés" contribuent à l'établissement des troubles du sommeil dans la mesure où, s'ils ne sont pas suffisamment sécurisants, ils dérangent les capacités d'autorégulation de l'enfant. Ce pattern de stimulation de l'enfant aboutit à un échec des synchronies relationnelles et à l'altération du processus d'harmonisation affective entre la mère et son bébé, dans lequel la rythmicité prend une place très importante.

Selon, Kreisler, Fain et Soulé (1974), les modalités interactives spécifiques à la pathologie du sommeil sont marquées par un *excès d'excitation* et déterminées par une tendance de la mère à contrôler et à diriger de manière intrusive les activités de l'enfant. Le rôle maternel est ici central, dans la mesure où c'est au sein de cette relation que le sommeil se libidine et la fonction mentale d'autorégulation en est dépendante. Le nouveau-né est protégé des excitations extérieures et intérieures surtout par la barrière de pare-excitation maternelle puisque ses propres caractéristiques sensorielles et mentales sont encore fragiles. La qualité, la régularité et la souplesse du nursing sont fondamentales dans le développement d'un bon rythme du sommeil chez l'enfant alors que la discontinuité, la surcharge d'excitation (climat bruyant, sollicitations fortes et contradictoires) et les apprentissages poussés de façon excessive sont désorganisatrices du sommeil. Pour ce, les enfants soumis aux pressions des adultes développent souvent des troubles du sommeil.

Selon Cramer (1992), l'aspect conflictuel de la relation mère-enfant dans la pathologie des troubles du sommeil est localisé dans la *négociation de la séparation*. Les interactions mère-bébé seraient marquées par un climat d'angoisse autour du sommeil et de la séparation et une incapacité maternelle à imposer des limites qui permettraient à l'enfant de passer sereinement de l'état de veille au sommeil. Au travers des interactions, les anxiétés maternelles autour de la séparation et du sommeil sont transmises à l'enfant. Ces anxiétés sont souvent dues à un passé qui révèle des événements traumatiques desquels la mère veut protéger l'enfant, comme la mort précoce d'un parent ou l'expérience d'une mère peu donnante qu'elle essaye d'exorciser en surgratifiant l'enfant ou en ne lui imposant aucune limite dans la relation. Les représentations maternelles jouent également un rôle important puisqu'elles s'actualisent dans le comportement vis-à-vis du bébé: il semble que la mère se représente l'enfant comme trop vulnérable et incapable de rester seul, d'où son incapacité à se séparer de lui. Ces éléments amènent les mères à interpréter de manière erronée les réveils nocturnes spontanés, qui sont vus comme des signes d'angoisse. Elles agissent donc de manière à rassurer l'enfant et ne l'aident pas à apprendre à se rendormir seul. Souvent, même si elles n'interfèrent pas directement avec le sommeil de l'enfant, un climat d'anxiété est transmis à l'enfant au moment du coucher. Il en ressort un système interactif mère-bébé basé sur la surprotection et l'évitement de la séparation.

### ***Le modèle transactionnel***

Il existe un modèle étiologique des troubles du sommeil qui décrit les interactions dynamiques et les influences bidirectionnelles entre l'enfant et son environnement au cours du développement. Les auteurs identifient de multiples sources étiologiques pour les troubles du sommeil de l'enfance dans une perspective systémique. Il s'agit du modèle transactionnel, développé par Anders et Sadeh en 1993. Dans ce modèle, la régulation du sommeil est médiatisée par la relation parents-enfant (*contexte parents-enfant*) et elle est influencée par le *contexte intrinsèque* de l'enfant (son tempérament et les facteurs biomédicaux) qui est en interaction avec le *contexte extrinsèque proximal* parental (personnalité, psychopathologie, fantasmes, représentations, modèles internes) et le contexte familial et culturel (*contexte extrinsèque distal*). Les effets des symptômes affectent de manière circulaire le contexte relationnel et interactionnel, le bien-être des parents, l'harmonie

familiale ainsi que le tempérament de l'enfant. Ce modèle met donc en évidence l'existence de relations entre plusieurs facteurs qui peuvent se trouver à l'origine des troubles du sommeil chez l'enfant, et des effets de circularité qui existent entre eux. Il permet de prendre en considérations plusieurs facteurs dans l'étiologie des troubles du sommeil et de considérer que les troubles du sommeil se développent au sein d'un réseau de relations entre plusieurs variables.

### ***Le modèle du stress des événements existentiels***

Enfin, les événements existentiels, en tant que source de stress pour l'enfant, peuvent également exercer une influence sur son sommeil. La relation entre la santé physique et psychique et les événements de vie majeurs a été clairement mise en évidence dans le cadre des recherches sur le stress. Les événements existentiels se définissent comme "tout événement du milieu de vie susceptible de modifier le bien-être mental ou physique d'un individu" (Goodyer, 1994) et sont donc appréhendés comme des agents potentiellement stressants pour l'individu. Le stress psychologique se définit comme une relation particulière entre la personne et l'environnement qui est perçu par la personne comme excédant ses ressources et menaçant son bien être (Lazarus et Folkman, 1984). Lorsque des facteurs de stress sont associés à des facteurs de développement, ils pourraient rendre certains individus plus vulnérables sur le plan physique et psychique. A l'enfance, les facteurs environnementaux reconnus comme étant susceptibles de créer un stress chez l'enfant sont les événements périnataux (césarienne, prématurité, carence maternelle), les événements liés à la situation socio-économique familiale (chômage, absence de support paternel, deuils) et la santé physique et mentale des parents (handicap, dépression, abus de substances). Ces facteurs de stress peuvent avoir une répercussion sur l'état de santé de l'enfant, être la cause de maladies émotionnelles ou mentales et sont également associés aux troubles du sommeil (Richmann et al., 1982, Benoit et al., 1993, Tennant et al. 1981). L'association entre événements existentiels et troubles du sommeil est également présente dans les études sur les enfants plus âgés. Un ensemble d'études met en évidence une corrélation entre le nombre d'événements négatifs vécus par des préadolescents tout venant et les troubles du sommeil (Plancherel et al., 1993). La plupart des événements cités par les préadolescents comme étant une source de stress avaient trait à l'école. Il est ressorti de ces études que les tracasseries quotidiennes et les tensions chroniques sont également une source de stress qui influence négativement la santé, ils joueraient un rôle de médiateurs entre les événements existentiels et la santé mentale.

## **BIBLIOGRAPHIE**

- Anders, T. F. (1979). Night-Waking in infants during the first year of life. *Pediatrics*, 63 (6), 860-864.
- Anders, T. F. (1982) Neurophysiological studies of sleep in infants and children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 23 (1), 75-83.
- Anders, T.F., Keener, M. (1985). Developmental course of night-time sleep-wake patterns in full-term and premature infants during the first year of life in *Sleep*, 8, 173-192.
- Anders, T.F., Halpern L.F., Hua J. (1992). Sleeping through the night : a developmental perspective in *Pediatrics*, 9, 554-560.
- Anders, T.F., Eiben, L.A.(1997). Pediatric Sleep Disorders: A Review of the Past 10 Years in *American Academic Journal of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1, 9-20.
- Benoit, D., Zenah, C., Boucher, C. & Minde, K. (1992). Sleep Disorders in Early Childhood : Association with Insecure Maternal Attachment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 86-93.
- Bernal, J. (1973). Night-waking in infants during the first 14 months. *Dev Med Child Neurol*, 15, 760-769.
- Carey, W. (1974). Night waking and temperament in infancy. *Journal of Pediatrics*, 84, 756-758.
- Classification diagnostique de 0 à 3 ans: classification diagnostique des troubles de la santé mentale et du développement de la première et de la petite enfance*. Zero To Three. National center for Infants, Toddlers and Families. Chêne-Bourg: Médecine et Hygiène.
- Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé* . (1993). Dixième Révision. Organisation Mondiale de la Santé. Genève.
- Coble, p., Kupfer D.J., Reynolds c. F. III, Houck P. (1987). EEG Sleep of Healthy Children 6 to 12 Years of Age. *Sleep and Its Disorders in Children*, 29-41.
- Challamel, M.-J., Thirion, M. (1993). *Mon enfant dort mal*. Editions Retz.
- Cramer, B. (1992). *Sleeping Disorder : Is A Nosology Based On The " Relationship Disturbances " Concept Useful ?*. Paper presented in the Waipad Fifth World Congress, Chicago, September 9-12.
- Cramer, B. (1998). Interventions psychothérapeutiques brèves parents-enfant. *Encycl Méd Chir. (Elsevier, Paris). Psychiatrie, 37-196-A-10, 3*.
- Corkadon, M. A., Keenan, S., & Dement, W. (1987). Nighttime Sleep and Daytime Sleep Tendency in Preadolescents. *Sleep and Its Disorders in Children*, 43-52.
- Davis, F.C. (1981) Ontogeny of circadian rhythms. In J.Aschoff (Eds). *Handbook of behavioral Neurobiology*, 4, New-York: Plenum Press.
- Daws, D. (1991). Troubles du sommeil chez les jeunes enfants : un travail psychanalytique bref avec les parents. *Devenir*. 3 (3), 7-21.
- Dement, W. C. (1972). *Some must watch while some may sleep*. San Francisco: W. H. Freeman Company.
- Dahl, R. E. & Puig-Antich, J. (1990). Sleep disturbances in Child and Adolescent Sleep Disorders. *Pediatrician*, 17, 32-37
- DSM-IV. *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. (1996). Paris : Masson.
- Durieux, M. P., Matot, J.P. (1996). Prise en charge d'enfants et d'adolescents dont la problématique est supposée être psychosomatique, ou relève d'une pondération organique/psychique indécidable: A propos de l'insomnie primaire du nourrisson. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 44 (12), 617-624.
- Ellis, E. M. (1991). Watchers in the night: an anthropological look at sleep disorders. *American journal of psychotherapy*, 115 (2).
- Ferber, R. (1985). *Solve your child's sleep problems*. New York: Simon & Schuster.
- Fraiberg, S. (1950). On the Sleep Disturbances Of Early Childhood. *Psychiatric Study of the Child*, 5, 285-309.
- Goodyer, I. (1994). Les événements existentiels dans l'enfance et l'adolescence in M. Bolognini et al. (Eds). *La préadolescence: théorie, recherche et clinique*, 89-105. Paris: ESF.
- Guedeney, A., Kreisler L. (1989). Troubles du sommeil et dépression in *Evaluation précoce des interactions entre le bébés et ses partenaires*, Paris : PUF.
- Gravillon, I. (1999). *Le sommeil des bébés. Sommeil de plume, sommeil de plomb*. Milan Editions.
- Hanson, C. H. L. (1987). Obstructive sleep apnea. In Rudolph, A. M. (ed). *Pediatrics*, 18ed. Norwalk, CN, Appleton and lange, 1378-1380.
- Houzel, D. (1995). Les troubles du sommeil de l'enfant et de l'adolescent in Lebovici S., Diatkine R., Soulé M. *Nouveau traité de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. 31, 667-1692.
- Hertzig, M., Beltrami, A. (1981). Individual differences in the longitudinal course of sleep and bedtime behaviors in preschool children. *Manual of the American Academy of Child Psychiatry*, 17.
- Jenkins, S., Bax, M., Hart, H. (1980). Behavior Problems in Preschool children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 21, 5-17.

- Jenkins S., Bax M., Hart H. (1984). Continuities of common behavior problems in preschool children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 25, 75-89
- Keener, A., Zeanah, C.H., Anders T. F. (1988). Infant Temperament, Sleep organisation, and Nighttime Parental Intervention. *Pediatrics*, 81, 762-771.
- Kellerman, H. (1981). *Sleep Disorders: Insomnia and Narcolepsy*. New York, Brunner/Mazel. 5-21.
- Kreisler, L., Fain, M., Soulé, M. (1974). *L'enfant et le corps*. Paris : PUF.
- Kreisler (1995). L'expression psychosomatique in Lebovici, Diatkine, Soulé. *Nouveau traité de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, 2.
- Lebovici, S. (1991). Des psychanalystes pratiquent des psychothérapies bébés-parents. *Revue Française de Psychanalyse*. 3, 667-683.
- Minde, K., Popiel, K., Leos, N., Falkner, S., Parker, K. & Hnadley-Derry, M. (1993). The Evaluation and Treatment of Sleep Disturbances in Young Children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34 (4), 521-533.
- Moore T., Ucko L. (1957). Nighth waking in early infancy, part 1. *Arch Dis Child*. 32, 333-342.
- Palm, L. (1997). *Polygraphic data in the preadolescent children*. Paper presented in the 7<sup>th</sup> Meeting of the european sleep club. Lyon, September 12-13.
- Paret I. (1983). Night Waking and its relationship to mother-infant interaction in nine month-old-infants in Call J., Galeson E., Tyson R. *Frontiers of Infant Psychiatry*. New York, NY : Basic Books, 171-177.
- Plancherel, B. (1992). *Le stress des événements existentiels et son impact sur la santé des adolescents*. Fribourg: Editions Universitaires.
- Plancherel B., Bettschart W., Bolognini M., Dumont M., Halfon O. (1997). Influence comparée des événements existentiels et des tracas quotidiens sur la santé psychique à la préadolescence. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. 45 (3), 126-138.
- Pollock, J.L. (1994). Night waking at five years of age : Predictors and Prognosis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35(4), 699-708.
- Richmann N. (1981). A Community Survey of Characteristics of One- to Two-Year-Olds with Sleep Disruptions. *Journal of American Acad of Child Psychiatry*, 20, 281-291.
- Richman, N., Stevenson J., Graham, P. (1982). *Preschool to school : A behavioral study*. London : Academic Press.
- Richmann, N., Douglas, J., Hunt, H., et al (1985). Behavioral methods in the treatment of sleep disorders: A pilot study. *Journal of Children Psychology and Psychiatry*. 26, 591-598.
- Robert-Tissot, C., Lüthi, F., Champ Akhmisse C., Sancho Rossignol, A., Rusconi Serpa, S., Corpaci, L., C. Cramer B., (2000). Cognitive development in a clinical sample: a follow-up of 50 cases from infancy to early-adolescence. WAIMH VIIth World Congress (World Association of Infant Mental health). Montréal, Canada, 27-30 juillet 2000.
- Rutter, M., Hemming, M. (1970). Individual items of deviant behaviour: their prevalence and clinical significance. In M. Rutter, J. Tizard & K. Whitmore (Eds), *Education, health and behavior*, 232-239. London: Longman.
- Sadeh, A., Anders, T.F. (1993). Infant sleep problems: origins, assessment, interventions. *Infant Mental Health Journal* 14 (1), 17-31.
- Scores, G. (1992). Annotation: sleep studies in children with mental handicap. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 33. 1303-1317.
- Shaffer, D., Gould, M. S., Brasic, J., Ambrosini, P., Fisher, P., Bird, H. et Aluwahlia, S. (1993). A Children's Global Assessment Scale (CGAS). *Archives of General Psychiatry*, 40, 1228-1231
- Stoléru, S. (1997). Sleep problems in children of affectively ill mothers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 38 (7), 831-841.
- Stork, H. (1993). *Les rituels du coucher de l'enfant, variations culturelles*. ESF éditeur.
- Tennant, C., Bebbington, P. & Hurry, J. (1981). The role of life events in depressive illness: is there a substantial causal relation?. *Psychological Medicine*, 11, 379-389.
- The international classification of sleep disorders: diagnostic and coding manual* (1990). Produced by the Diagnostic classification Steering Committee of the American Sleep Disorders Association: Rochester.
- Winnicott, D. (1957). Transitional objects and transitional phenomena. In *Collected Papers of D. Winnicott*. 220-223. New-York : Basic Books.
- Wolf, A.W., & Lozoff, B. (1989). Object attachment, thumbsucking, and the passage to sleep. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 287-292.
- Zuckerman, B., Stevenson, J., Baily, V. (1987). Sleep problems in early-childhood : Predictive factors and behavioral correlates. *Pediatrics*, 80, 664-671.